

Análise dos serviços hospitalares clínicos aos idosos vítimas de acidentes e violências

Analysis of hospital clinical services to elderly victims of accidents and violence

Maria Luiza Carvalho de Lima¹
Edinilsa Ramos de Souza²
Raquel Moura Lins Acioli¹
Eduardo Duque Bezerra¹

Abstract *The increase of elderly population and more active life allow a greater exposure to accidents and violence in this population. A diagnostic analysis of hospital services for emergency and urgent care to victims of accidents and violence in the elderly population was carried out in five capitals of Brazil. The research was based on the principles of triangulation of methods, including quantitative approaches, through the application of questionnaires to managers and pre-hospital, hospital and rehabilitation service professionals, as well as qualitative, in which interviews were made with managers and professionals and with those in charge of elderly health. Based on the guidelines of the policies studied, it was realized that none of the capitals has met all requirements, with a poor attendance characterized by lack of structure to keep a companion for the elderly, referrals to reference services, specific clinical protocols, reporting sheets, support to the elderly, job training and definition of the flow for this population. The outcome showed that the selected health services do not have the appropriate and integral profile to look after the elderly population, demonstrating the need for adequacy of these services aiming the accomplishment of the guidelines of the policies reviewed.*

Key words *Aged, Violence, Accidents, Health services, Health police*

Resumo *O aumento de idosos na população e a vida mais ativa permitem maior exposição a acidentes e violências nessa população. Realizou-se uma análise diagnóstica dos serviços hospitalares de atendimento às urgências e emergências às vítimas de acidentes e violências na população idosa de cinco capitais do Brasil. A investigação foi fundamentada nos princípios da triangulação de métodos, integrando as abordagens quantitativa, com a aplicação de questionários aos gestores e profissionais de serviços de atenção hospitalar, e qualitativa, em que foram realizadas entrevistas com gestores e profissionais. Com base nas diretrizes das políticas estudadas, observou-se que nenhuma das capitais cumpriu todos os requisitos, apresentando um atendimento deficiente caracterizado pela falta de estrutura para manter um acompanhante para o idoso, encaminhamentos para serviços de referência, protocolos clínicos específicos, fichas de notificação, suporte aos idosos, capacitação profissional e definição do fluxo para tal população. Os resultados demonstraram que os serviços de saúde selecionados não apresentam o perfil adequado e integral necessário ao atendimento aos idosos, demonstrando a necessidade de adequação desses serviços para o cumprimento das diretrizes das políticas analisadas.*

Palavras-chave *Idoso, Violência, Acidentes, Serviços de saúde, Política de saúde*

¹ Laboratório de Estudos em Violência e Saúde, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. Av. Professor Moraes Rego s/n, caixa postal 7472, Cidade Universitária. 50670-420 Recife PE. luiza@cpqam.fiocruz.br

² Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.

Introdução

O aumento da expectativa de vida e o consequente crescimento da população idosa, aliados a um contexto de acidentes e violência urbana e à insuficiente estruturação do sistema de saúde, têm gerado uma demanda por atenção à saúde, sobrecarregando principalmente os serviços hospitalares de atendimento às urgências e emergências¹.

Os dados referentes à mortalidade são os mais difundidos para retratar a problemática dos acidentes e violências por meio da categoria causas externas. Entretanto, a Organização Mundial da Saúde² estima que para cada óbito por lesões existam trinta vítimas hospitalizadas, o que alerta para a importância de se conhecerem as características da rede assistencial que atende às especificidades dos agravos provocados por esses eventos, em particular a população idosa, por ter uma comorbidade decorrente das doenças crônicas degenerativas.

Vale ressaltar que os idosos têm maior suscetibilidade fisiológica, o que contribui para a morbimortalidade, devido a uma junção de fatores como a dificuldade nos campos de percepção e equilíbrio, além do declínio no sistema musculoesquelético e sensorial^{3,4}. No entanto, isso não significa que tais situações sejam inevitáveis nessa faixa etária, uma vez que as causas externas podem ser previsíveis e evitáveis⁵.

As causas externas (acidentes e violências) devem ser objeto de preocupação entre os profissionais da área da saúde. A população idosa, no Brasil, não costuma ser prioridade nos estudos sobre causas externas, devido ao predomínio dos jovens que apresentam altos coeficientes e grande número de casos, tornando-se alvo das políticas públicas voltadas para o enfrentamento do problema. Entretanto, se em números absolutos os idosos não chamam a atenção, o mesmo não é observado nos coeficientes⁶.

As consequências dos acidentes para o sistema de saúde, dentre outros aspectos, evidenciam-se no aumento dos gastos com emergência, assistência e reabilitação, muito mais custosos que a maioria dos procedimentos convencionais. As quedas em ambientes domiciliares, na maioria das vezes por falta de adequação desses espaços, acarretam acidentes em idosos, provocando fraturas que demandam atendimento de urgência e tratamento nos serviços hospitalares de saúde⁷.

As quedas e os acidentes de transporte são os responsáveis por grande parte dos atendimentos aos traumas e lesões nas emergências e internações hospitalares do país. A população idosa

brasileira, com 60 anos ou mais, no ano de 2000, representou 11,4% das mortes por causas externas do total de 13.383 mortes em idosos. Comparando com os dados do Censo 2000, que mostrou que os indivíduos nessa faixa etária constituem 8,6% do total da população, é possível verificar que essa população tem maior representação proporcional na mortalidade violenta em relação à população geral^{4,7}.

Dos portadores de deficiências atendidos pelo Hospital das Clínicas de São Paulo, 5,5% são casos de vítimas de acidentes de transporte⁸. Diante desse quadro, a ausência de políticas sociais direcionadas aos idosos em situação de risco traduz-se na própria negação dos direitos humanos. Nesse sentido, os serviços de saúde têm papel fundamental na identificação, no tratamento e na recuperação dos idosos vítimas de acidentes e violências. Para grande parcela dessa faixa etária, a porta de entrada para as suas necessidades de saúde ainda tem sido o setor das urgências/emergências, situados nas unidades hospitalares⁹.

A presente pesquisa teve como objetivo realizar uma análise diagnóstica sobre a implantação da Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violência (PNRMAV)¹⁰, da Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU)¹¹ e dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência¹ dos sistemas de saúde com relação à atenção prestada aos idosos vítimas de acidentes e violências das seguintes capitais: Rio de Janeiro, Recife, Brasília, Curitiba e Manaus.

Métodos

O conceito metodológico básico do estudo foi o de análise diagnóstica sobre a implantação da PNRMAV para o atendimento à pessoa idosa, que se constitui numa forma de análise compreensiva e interpretativa da realidade e permite dar conta: (1) dos êxitos e das dificuldades do sistema de saúde para atender à crescente demanda e às mudanças qualitativas das lesões e traumas provenientes de violências e acidentes; (2) da construção de alternativas e possibilidades para o melhor desenvolvimento da gestão. Assim, o termo diagnóstico configura uma análise situacional que leva em conta as condições gerais de infraestrutura, de planejamento e de apoio, visando ao êxito das ações¹².

A pesquisa seguiu os princípios da triangulação de métodos, estratégia que visa à combinação e ao cruzamento de múltiplos pontos de vista de autores, técnicas, estratégias e métodos¹³.

Seu uso, na prática, permite interação, crítica intersubjetiva e comparação, de acordo com estudos realizados por Denzin¹⁴, Minayo e Sanchez¹⁵ e Minayo e Cruz Neto¹⁶.

Os documentos que subsidiaram o marco lógico, a elaboração de todos os instrumentos e também os indicadores propostos na pesquisa foram: Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências, publicada pela Portaria nº 737-GM/MS¹⁷; Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU), instituída pela Portaria nº 1.863-GM/MS¹⁸; Portaria nº 2.072-GM/MS, que instituiu o Comitê Gestor Nacional de Atenção às Urgências¹⁹; Portaria nº 2.048-GM/MS²⁰, que aprovou o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência¹¹; o Estatuto do Idoso²¹ e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa²².

A pesquisa se constituiu em um trabalho de equipe interinstitucional e interdisciplinar e teve sua coordenação geral por pesquisadores do Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli (Claves), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz/RJ), e coordenação local em Recife, por pesquisadores do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães (Fiocruz-PE).

Esta pesquisa foi realizada nas cidades de Manaus, Recife, Brasília, Rio de Janeiro e Curitiba. O critério de seleção foi o fato de elas apresentarem elevados indicadores de morbimortalidade por violência, com base em estudo feito por Souza *et al.*²³. A opção de trabalhar com esses cinco municípios se justificou também por três outros fatores: (1) a otimização dos esforços, tendo em vista que os pesquisadores locais já estavam treinados e habilitados pela pesquisa anterior; (2) a possibilidade de consolidar as parcerias e relações com as instituições a que esses pesquisadores estão vinculados; e (3) o estímulo e o reforço à constituição de grupos locais de pesquisa.

Instrumentos

Abordagem quantitativa

. Primeira fase: foi aplicado questionário com dez perguntas para identificar os serviços hospitalares e caracterizar as atividades de atendimento aos idosos em situação de acidentes/violências.

. Segunda fase: foi aplicado questionário com 32 perguntas relativas à estrutura, à organização e ao registro de dados dos serviços hospitalares visando qualificar o atendimento e as ações oferecidas aos idosos vítimas de acidentes e violência.

Abordagem qualitativa

. Primeira fase: aplicou-se roteiro semiestruturado, contendo sete questões, que explorou a visão e os valores dos gestores responsáveis pela atenção hospitalar sobre as estratégias, dificuldades e potencialidades das ações empreendidas, bem como possibilitou sondar questões relevantes para a investigação.

. Segunda fase: as entrevistas foram dirigidas aos gestores e profissionais (ortopedistas/traumatologistas e médicos clínicos da urgência/emergência hospitalar). Versaram sobre temas como descrição do fluxo, caracterização e especificidades do atendimento ao idoso; a família e as redes de proteção; avaliação dos serviços e sugestões.

Os bancos de dados quantitativos foram convertidos para o software SPSS versão 13.0, em que se realizou a categorização das questões abertas com frequência simples e relativa. Os dados qualitativos foram analisados seguindo os princípios da análise de conteúdo, modalidade temática adaptada da proposta de Bardin²⁴. A análise de conteúdo foi conduzida basicamente por um recorte interpretativo²⁵.

A construção dos indicadores avaliativos se deu por meio da técnica grupo nominal, que consiste em atribuir um escore aos indicadores visando consolidar o consenso, conforme metodologia já utilizada por outros autores^{26,27}. Foram elencados os principais indicadores que avaliaram o cumprimento das diretrizes voltadas para o atendimento prestado à saúde física e mental da pessoa idosa vítima de acidentes e violência nos níveis pré-hospitalar, hospitalar e reabilitação.

Todos os procedimentos éticos exigidos pela Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde foram seguidos. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Todos os sujeitos envolvidos foram devidamente esclarecidos quanto às implicações advindas de sua participação no trabalho e assinaram o termo de consentimento para a aplicação dos questionários e das entrevistas.

Resultados

Foram 36 unidades hospitalares pesquisadas nas cidades de Manaus, Recife, Brasília, Rio de Janeiro e Curitiba. Estas são divididas de acordo com a sua natureza: municipal, estadual, federal e conveniada com o Sistema Único de Saúde (SUS) (Tabela 1).

Tabela 1. Número de hospitais por tipo de gestão nas capitais estudadas.

Tipo de gestão	Manaus	Recife	Brasília	Rio de Janeiro	Curitiba
Federal	2	-	1	3	1
Estadual	2	7	2	3	-
Municipal	1	-	-	9	-
Conveniada com o SUS	-	1	-	-	3
Não informou o vínculo	-	-	-	-	1
Total	5	8	3	15	5

A capital com a maior rede foi o Rio de Janeiro, onde há, inclusive, maior número de hospitais já municipalizados, como orientam as diretrizes do Sistema de Saúde. No Recife, a maioria das unidades ainda permanece estadualizada e chama a atenção a existência de apenas uma unidade da rede privada conveniada com o SUS, enquanto o maior número de unidades privadas conveniadas situa-se em Curitiba.

A ausência de um fluxo de atendimento nos serviços de emergência aos idosos vítimas de acidentes e violência foi identificada por vários chefes de serviços de emergência dos hospitais estudados e por médicos urgentistas ou ortopedistas. ***O fluxo é muito grande, a demanda espontânea nos hospitais públicos é muito grande. Em virtude do ambulatório não funcionar adequadamente, faltam profissionais, é difícil a marcação, a pessoa tem um acidente hoje só consegue marcar daqui a um mês, é complicadíssimo essas marcações de ambulatório, as pessoas por lombalgias, dores crônicas, procuram a urgência. Então, isso é o grande problema das urgências, porque sobrecarrega as urgências. Eu considero o atendimento do idoso mais difícil, porque o idoso tem muita comorbidade, às vezes ele tem muitas doenças crônicas, às vezes não coopera muito bem, entendeu? Por isso que é sempre importante o idoso estar com um acompanhante, uma pessoa jovem e esclarecida, que entenda as coisas. [...] a falta de compreensão do idoso que dificulta o atendimento*** (profissional do hospital/Recife).

No entanto, há o desconhecimento por parte dos profissionais do setor, no que se refere às políticas públicas existentes, e da população quanto aos direitos de cidadania e aqueles adquiridos mais recentemente, relativos à condição de idoso. ***Eu acho que o governo ainda não tem um programa e a população ainda não tem, ainda não sabe direito o que são os seus direitos em casos de acidentes e violência*** (gestor do hospital/Manaus).

Nessa perspectiva, o referencial da equidade, quando relacionado ao acesso, causa certa confusão, uma vez que a preferência pelo leito das urgências e emergências é dada pela condição de saúde do paciente e não pela questão etária. ***Eu acho que está longe da gente conseguir dar o primeiro atendimento diferenciado ao idoso. Ele acaba tendo os mesmos privilégios, ou até poucos privilégios ao dar entrada ao hospital. Ele é mais um a entrar, respeitando a fila habitual que existe nas grandes emergências*** (gestor do hospital/Rio de Janeiro).

A maioria dos hospitais ocupa área física própria, tem profissional médico para atendimento 24 horas e acesso facilitado para idosos, com destaque para Curitiba, que conta com esses recursos em todas as unidades pesquisadas.

Grande parte dos idosos necessita de acompanhamento no pré e pós-cirúrgico e de atenção especializada em unidades de tratamento intensivo, previstos nas portarias ministeriais e na PNAU, que recomendam a adequação das unidades de urgência e emergência para a garantia de leitos de UTI.

A análise realizada mostrou que as cidades de Recife e Rio de Janeiro, apesar de disporem da maior rede pública de atenção hospitalar, apresentam as menores proporções de serviços de UTI adequados aos requisitos básicos, 60% e 54,5%, respectivamente (Tabela 2). Ao mesmo tempo, em todas as cinco unidades hospitalares de Manaus esse requisito é respeitado. Essa realidade é verificada com maior ênfase em relação aos pacientes idosos, como ficou constatado nos depoimentos.

O idoso tem muita comorbidade, e às vezes o fato dele ser hipertenso, diabético, cardiopata, precisa de UTI pós-operatório e nem todos esses hospitais têm UTI pós-operatório. Então, às vezes o paciente vai para um hospital de referência, mandado pelo setor de transferência, e não acontece de

ficar lá por causa dessa comorbidade, precisa de UTI pós-operatória, aí volta. Isso aí é a grande dificuldade do idoso para conseguir vagas de leitos em cirurgias eletivas, pois a grande maioria tem comorbidades que às vezes precisam de UTI (profissional do hospital/Recife).

Apesar de a cidade de Curitiba, na análise quantitativa, apresentar melhor situação nesse aspecto, o mesmo não pode ser evidenciado do ponto de vista qualitativo, conforme o depoimento a seguir: *a gente tem hoje não só em Curi-*

tiba, mas em toda a região metropolitana, a gente tem uma escassez muito grande de leitos. O idoso ele é preterido na vaga pra um mais jovem que tem um prognóstico melhor. A gente tem um déficit de vaga na UTI, pra poder, às vezes, dar um suporte, uma retaguarda adequada nos casos de pós-operatório (gestor do hospital/Curitiba).

Alguns recursos tecnológicos que fazem parte dos exames complementares necessários ao trabalho dos profissionais que atuam no setor hospitalar, segundo a Portaria nº GM/MS 2.048²⁰,

Tabela 2. Resultado da aplicação dos indicadores aos serviços do atendimento hospitalar* nas cidades investigadas.

Indicador	Manaus	Recife	Brasília	Rio de Janeiro	Curitiba
Proporção de unidades/serviços com UTI adequados aos requisitos básicos	100%	60%	**	54,5%	80%
Proporção de hospitais com recursos tecnológicos (análise clínica e laboratorial, eletrocardiografia, radiologia convencional, endoscopia, ultrassonografia, banco de sangue)	60%	25%	-	63,6%	100%
Proporção de hospitais de referência para atendimento às vítimas de acidentes e violência com número mínimo de profissionais e gerontologia	32%	67%	52%	70%	68%
Proporção de unidades que permitem a permanência de acompanhante familiar para idosos internados	40%	14,3%	33,3%	54%	100%
Proporção de unidades que possuem equipes mínimas para internação e assistência domiciliar	-	-	33,3%	40%	-
Proporção de unidade/serviço que recebe ou encaminha pacientes do PSF/PACS, CAPS, hospitais, outras unidades de saúde, Ministério Público, delegacias, conselhos de direitos, secretarias de Desenvolvimento Social e ONGs	80%	75%	100%	92,9%	60%
Proporção de unidades que realizam ações voltadas para a identificação de casos de idosos vítimas de acidentes e violência e que notificam	25%	19%	48%	23%	20%
Proporção de unidades que possuem pessoal capacitado para registro sistemático da informação; que realizam o registro dos casos de idosos vítimas de acidentes e violência de acordo com a CID-10 ou DSM-IV	53%	33%	56%	60%	20%
Proporção de unidades que realizam ações voltadas para a identificação de casos de idosos vítimas de acidentes e violência; e que enviam a notificação de casos de violência contra idosos para autoridade policial ou Ministério Público ou conselhos municipais e estaduais do idoso ou secretarias municipais e estaduais de saúde ou Secretaria de Desenvolvimento Social	25%	19%	48%	23%	20%
Proporção de unidades/serviços cujos profissionais recebem capacitação para identificação e atendimento dos casos de idosos vítimas de acidentes e violência	60%	12,5%	66,7%	30,8%	25%
Proporção de unidades/serviços que já ouviram falar e já leram a PNRMAV, a PNAPI e o Estatuto do Idoso	80%	50%	100%	80%	100%

*Inclui hospital geral, de emergência e de referência; ** -: não informado.

foram analisados de acordo com os seguintes parâmetros de adequação e suficiência: proporção de hospitais com recursos tecnológicos (mínimos e indispensáveis) adequados e suficientes (análise clínica e laboratorial, eletrocardiografia, radiologia convencional, endoscopia, ultrassonografia, banco de sangue). A cidade de Curitiba se destaca por cumprir pelo menos três dos seis itens avaliados em todas as suas unidades. Porém, no Recife, esse requisito só é atendido por 25% dos estabelecimentos hospitalares (Tabela 2).

Quanto à presença de profissionais com formação em gerontologia nas equipes – indispensáveis ao atendimento de pessoas idosas vítimas de acidentes e violências – nos hospitais de referência, o Rio de Janeiro é a cidade que apresenta maior proporção de serviços com profissionais e pessoal com formação em gerontologia (70%) (Tabela 2). Os gestores pontuam que o atendimento aos idosos vítimas de acidentes apresenta grande dificuldade pela necessidade de equipe multidisciplinar, o que nem sempre é verificado no quadro de pessoal descrito.

Todo idoso precisa ter uma avaliação clínica. Dificilmente eu tenho um paciente idoso com uma determinada fratura que não tenha uma comorbidade. Nós temos apenas dois clínicos no pronto-atendimento específicos pra cuidar dos pacientes internados no nosso posto de internação onde eles dão prioridade a esse atendimento desses pacientes idosos. Ele precisa do que a gente chama de atendimento multidisciplinar; vai existir uma série de outras coisas, o que não é [...] quase todo paciente ortopédico exige (profissional do hospital/Recife).

Observa-se nas demais cidades estudadas a escassez de equipe para internação e assistência domiciliar, com destaque para Recife e Curitiba, onde nenhum dos serviços analisados dispõe da equipe necessária para esse atendimento.

O art. 15 do Estatuto do Idoso e o art. 17 da Política Nacional de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa (PNASPI) estabelecem que as unidades hospitalares devem constituir equipes para a assistência e internação domiciliar, visando à garantia da atenção integral ao idoso e à prevenção às violências. Alguns hospitais do Rio de Janeiro, embora poucos, demonstraram ter equipe adequada. Já o hospital de Manaus, que afirmou ter equipe para internação e assistência domiciliar, referiu apenas um assistente social.

A análise foi refinada por meio do **Indicador** proporção de unidades que possuem equipes mínimas para internação e assistência domiciliar (médico, enfermeiro, técnico/auxiliar de enfermagem, geriatra, profissional com formação em

gerontologia). Considerando-se pelo menos três desses profissionais na equipe, vemos que 40% dos hospitais do Rio de Janeiro e 33,3% dos de Brasília cumprem esse requisito (Tabela 2).

Com relação à organização hospitalar para o atendimento das pessoas idosas, vítimas de acidentes e violências, a estrutura adequada para a permanência de acompanhante familiar do idoso internado é um direito garantido pelas principais políticas de atenção à saúde direcionada a esse público. Foi observado que, em Curitiba, 100% das unidades ou serviços permitem a permanência de acompanhante familiar para idosos internados, enquanto o menor percentual encontra-se na cidade do Recife, com apenas 14,3% (Tabela 2).

Recife destaca-se por sete das oito unidades analisadas apresentarem articulação com a rede hospitalar pela Central de Regulação. Para as demais cidades, esse número está em torno de 50%. Dessa forma, foi constatado nas entrevistas que a maioria dos serviços de atenção hospitalar de emergência não dispõe de articulação intersectorial para a garantia dos direitos sociais do idoso, como orienta o Estatuto. ***A falta do relacionamento do serviço de emergência com outros setores é crítica. Falta relacionamento com outros setores, saúde ou assistente social. Alguma sugestão em relação a isso poderia garantir o sucesso do tratamento feito aqui*** (gestor do hospital/Curitiba).

O **Indicador** proporção de unidade/serviço foi criado para aferir a articulação dos hospitais com a rede de apoio ao idoso que recebe ou encaminha pacientes do Programa Saúde da Família (PSF), Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), hospitais, outras unidades de saúde, Ministério Público, delegacias, conselhos de direitos, Secretaria de Desenvolvimento Social e organizações não governamentais (ONGs). Os dados mostram que os hospitais de todas as cidades aqui pesquisadas estão bem articulados (Tabela 2).

O idoso, na maioria das vezes, ao ter riscos funcionais, como perda de autonomia ou independência, requer uma atenção diferenciada que envolve o cuidado dos familiares ou de um cuidador, como recomendado na PNASPI. A demanda por atenção às lesões e traumas provocados por acidentes exige, frequentemente, um processo posterior à etapa hospitalar, visando à reabilitação física. Contudo, na realidade brasileira, esse tipo de atenção está aquém do que orientam as políticas, e as unidades hospitalares não têm estrutura para manter o familiar acompanhando o idoso internado.

O que mais me impressiona quando a gente fala de idoso é como a internação é traumática para ele, num ambiente diferente do que habitualmente ele vive, sem a presença de familiares, sem a presença de pessoas com que ele está acostumado a se identificar; a deterioração emocional e mental dele é tão rápida, que muitas vezes nós vemos esses pacientes idosos se perderem, e afundarem clinicamente, e às vezes até evoluindo para o óbito (gestor do hospital/Rio de Janeiro).

Das 35 unidades hospitalares que prestaram informações, apenas 13 oferecem reabilitação ao idoso. Entretanto, o fato de oferecer tais serviços não garante sua adequação e suficiência. Das poucas que relataram o serviço, apenas dez consideram a reabilitação realizada no hospital adequada, e oito a avaliam como suficiente.

O suporte e o acompanhamento ao idoso e à sua família dependem muito dos esforços que a unidade de saúde realiza para a inclusão dos familiares no processo de tratamento. Quando a família não participa, é mais difícil garantir o suporte e o acompanhamento tanto para ela como para o paciente, e consequentemente tornam-se mais comuns situações de abandono do idoso no hospital. A ausência da família, muitas vezes, é percebida pelos profissionais como uma atitude de querer se livrar da responsabilidade do cuidado. O depoimento a seguir é de um profissional do Recife, única das cidades onde os hospitais pesquisados não realizam ações de apoio. As demais capitais estudadas, apesar de ser de forma escassa, realizam as atividades. ***A família, por mais que você jogue a família em cima disso, a família não tem interesse de cuidar. Então pra ela é muito mais fácil jogar fora uma pessoa dessa, entendeu?, do que ter essa pessoa em casa. Então, o que a gente vê muito esse tipo de pacientes, idosos, acamados, principalmente, que não têm o que reclamar*** (gestor do hospital/Recife).

O apoio ao idoso e aos seus familiares por parte dos hospitais também é função da rede de serviços existente no município, para oferecer a retaguarda pós-atendimento hospitalar, conforme demonstra o depoimento de um gestor. ***O grande problema é a estrutura de retaguarda depois, de fisioterapia, de cuidado domiciliar, de retornos ambulatoriais, de prevenção de novos acidentes pra que eles não voltem porque eles são em geral reincidentes nesses tipos de quedas domiciliares. A gente vê que muitas vezes eles vêm seguidamente por problemas repetidos. Então essa estrutura de suporte que em geral é mais deficitária*** (gestor do hospital/Curitiba).

De acordo com a PNRMAV, a assistência oferecida às vítimas desses eventos deve ser orienta-

da por protocolos baseados em evidências clínicas e epidemiológicas, amplamente divulgados para os profissionais, unidades e serviços de saúde. Em relação ao atendimento a esse item, apenas um serviço de Manaus e seis do Rio de Janeiro referiram ter protocolos clínicos. Em todas as cidades estudadas, existem unidades e serviços de saúde que realizam o diagnóstico dos casos de acidentes e violência com idosos, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças-10ª revisão (CID-10) ou o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais-4ª edição (DSM-IV). Manaus e Brasília sobressaem: mais da metade das suas unidades de saúde e serviços assim procedem. Nas demais capitais, é baixa a proporção de serviços que fundamentam os diagnósticos dos casos nas classificações aqui referidas.

Para a PNRMAV e o Estatuto do Idoso, a rede de atenção à saúde deve notificar os casos suspeitos e confirmados de violência, ação importante tanto para a vigilância como para o planejamento em saúde e os direitos do cidadão. Entretanto, essa recomendação não vem sendo acatada plenamente pelas unidades hospitalares, de forma que a notificação sistemática ocorre em menos da metade dos serviços incluídos no estudo. Em Manaus, por exemplo, ela não é realizada. Apesar de, desde 2006, o Ministério da Saúde investir na criação de um sistema de vigilância de acidentes e violências (VIVA) em emergências hospitalares, apenas cerca de metade das unidades e serviços possui ficha de notificação. Ainda assim, isso não significa o seu preenchimento.

Em pior situação está a análise dos registros para o planejamento de ações, do envio de dados para algum serviço de vigilância epidemiológica e do recebimento de dados consolidados sobre o atendimento. Existe aparente discrepância no Rio de Janeiro, onde maior número de serviços informa utilizar os registros para o planejamento, mas um número menor de unidades possui ficha e faz análise sistemática. Provavelmente isso ocorre porque esses serviços registram os casos, mas não usam ficha padronizada para tal.

As notificações dos casos suspeitos ou confirmados se destinam, em sua maioria, para a autoridade policial e para o Ministério Público. Poucos são os serviços que referiram enviar notificações para instituições como a Secretaria de Desenvolvimento ou de Assistência e Ação Social, ou ainda para conselhos municipais do idoso, órgãos criados recentemente após o respectivo estatuto.

O Estatuto do Idoso e a PNRMAV estabelecem a identificação e a notificação de sinais de

maus-tratos em idosos como práticas efetivas nas unidades hospitalares. Com base nessas políticas foi construído o **Índice de identificação e notificação dos casos de violência contra idosos**, formado pela proporção de unidades que realizam ações voltadas para a identificação de casos de idosos vítimas de acidentes e violência, e que enviam a notificação de casos de violência contra idosos para autoridade policial ou Ministério Público, conselhos municipais e estaduais do idoso ou secretarias municipais e estaduais de Saúde ou Secretaria de Desenvolvimento Social. Os resultados mostram que 48% das unidades de Brasília e apenas 19% das de Recife realizam a identificação e a notificação para pelo menos quatro das instituições referidas no índice.

Outra forma de verificar a atuação das unidades hospitalares nos itens de registro de dados é por meio do **Índice de registro e análise dos dados**, composto pela proporção de unidades que têm pessoal capacitado para registro sistemático da informação; que realizam o registro dos casos de idosos, vítimas de acidentes e violência de acordo com a CID-10 ou DSM-IV; e que fazem análise sistemática deles. Os resultados mostram que 60% dos serviços do Rio de Janeiro e apenas 20% dos de Curitiba satisfazem os critérios estabelecidos pelo índice (Tabela 2).

Um desafio do SUS para a plena implementação da PNASPI consiste no investimento em capacitação continuada dos profissionais de saúde para realizar uma escuta diferenciada das questões da violência vivenciada pelos idosos no âmbito domiciliar, além de tratar e notificar.

Em todas as cidades há referência de profissionais que receberam capacitação para identificar, atender e registrar casos de idosos, vítimas de acidentes e violência nas unidades de saúde em que trabalham. Atender e registrar esses casos constitui a principal preocupação, pois quase a metade dos serviços pesquisados oferece treinamento para essas ações. Situação pior pode ser observada no Rio de Janeiro, onde pequena parcela de hospitais capacita seus profissionais para identificar e atender as pessoas vítimas de violência.

Baseado no **Indicador** proporção de unidades/serviços cujos profissionais recebem capacitação para identificação e atendimento dos casos de idosos vítimas de acidentes e violência, observa-se que as unidades de Brasília (66,7%) e de Manaus (60%) satisfazem a premissa da capacitação de seus profissionais. No entanto, as outras capitais estão situadas entre os hospitais que se encontram muito aquém do esperado (Tabela 2).

A implementação de um plano de ação para o enfrentamento da violência contra o idoso passa, entre outras questões, pelo conhecimento por parte dos gestores e gerentes da rede de serviços de saúde do SUS sobre os documentos oficiais que determinam e orientam essas diretrizes. Avaliando essa situação nas cidades estudadas, os gerentes das unidades hospitalares consultadas mencionam ter ouvido falar das principais políticas em relação ao idoso: a PNRMAV, a PNASPI e o Estatuto do Idoso. A exceção ocorre em Curitiba, onde se constatou que apenas em uma unidade os profissionais disseram que têm conhecimento da PNRMAV.

Quando a questão versou sobre a leitura de tais documentos, houve uma redução no número de unidades e serviços em todas as cidades, principalmente para a PNRMAV.

Considerando o conhecimento das políticas públicas, o **Indicador** proporção de unidades/serviços que já ouviram falar e já leram a PNRMAV, a PNASPI e o Estatuto do Idoso mostrou que em 100% dos hospitais de Brasília e em 50% dos de Recife os gestores e técnicos que responderam ao questionário de pesquisa já leram e ouviram falar de pelo menos um desses documentos (Tabela 2).

Discussão

Por mais que a proposta do novo modelo assistencial em implantação, baseado em níveis de atenção em saúde, transcenda o modelo hospitalocêntrico, na realidade a assistência hospitalar é para onde a maioria da população se dirige no intuito de receber cuidados de saúde. No tocante ao idoso, essa realidade muda um pouco, pois a rede básica de saúde, seja pela sua proximidade, seja pelos programas de hipertensão e diabetes implantados na sua rotina ou por algum outro motivo, tem se constituído na porta de entrada dessa população.

Contudo, a situação epidemiológica nas capitais estudadas revela que os idosos são os mais atingidos pelos acidentes, o que faz das emergências dos hospitais o local por excelência para a realização dos atendimentos para quedas, lesões e traumas. Em sua condição atual, em que uma porcentagem significativa dos idosos apresenta vida mais saudável e ativa, não coincidentemente, no momento do acidente, eles estão em atividade de lazer, como passeios, práticas religiosas, visitas a amigos e parentes²⁸. Isso determina maior exposição a acidentes externos, como atropelamentos e acidentes automobilísticos, o que, em

associação com as características fisiológicas próprias dessa faixa etária, mostra comportamento diferente dos demais grupos^{29,30}.

Entretanto, os fatores individuais são apenas uma parte da compreensão acerca dos acidentes e violências entre idosos. Componentes como a restrição voluntária ou involuntária da mobilidade associada às más condições de tráfego público (pavimento, vias públicas, veículos e condutores) e doméstico (residências) e a incipiência de políticas públicas voltadas à promoção da saúde, sobretudo no campo da atividade física e do autoconhecimento, necessariamente resultam em um ambiente pouco favorável às pessoas mais vulneráveis³¹. A emergência dos hospitais ainda é o local por excelência de realização dos atendimentos para quedas, lesões e traumas. Assim, é em direção ao hospital e para a esfera da atenção hospitalar que confluem os idosos acidentados ou que sofreram violências mais graves. Esses pacientes encontram uma realidade assistencial agravada por problemas organizacionais da rede. A falta de triagem de risco, determinante do atendimento por ordem de chegada, acarreta, muitas vezes, graves prejuízos aos traumatizados. Além disso, pacientes com quadros mais graves permanecem horas aguardando por atendimento, mesmo já estando dentro de um serviço de urgência.

O hospital, ao se tornar ponto de confluência, constitui-se também no gargalo do sistema na atenção aos idosos. Estes contam com o agravante de, geralmente, serem portadores de comorbidades. Dessa forma, eles são preteridos, pois nem todas as unidades possuem Centros de Terapia Intensiva ou Semi-Intensiva, garantindo a continuidade do pré e pós-hospitalar. Tal fato pôde ser observado em estudo realizado em Londrina (PR), em 2005, o qual, ao caracterizar e analisar os casos de atendimento feitos pelo Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma em Emergência (SIATE), demonstrou que 84% dos indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos necessitaram de maior atenção, sendo encaminhados para hospitais e centros de saúde⁹.

Ao darem entrada nos hospitais, em geral se inicia um novo drama para os idosos, em razão de a estrutura existente não permitir a presença dos familiares, além de as unidades não disporem de pessoal de enfermagem em número suficiente para oferecer os cuidados que um idoso traumatizado necessita. Esses pacientes apresentam particularidades que justificam o atendimento especial, pois frequentemente são incapazes de responder ao aumento das demandas fisiológicas impostas pelo trauma, devido à pequena re-

serva funcional de diversos órgãos e sistemas³², assim exigindo maior atenção e acompanhamento especial.

Quanto à vitimização por violência, também frequente nessa fase da vida, o sistema de saúde ainda não oferece respostas. Na assistência hospitalar e na porta das emergências são poucos os profissionais sensibilizados e capacitados para uma escuta diferenciada, podendo-se dizer o mesmo em relação à notificação, ao tratamento e à recuperação. Para completar esse ciclo de cuidados incompletos e insuficientes, o pós-hospitalar, do ponto de vista do acompanhamento e da reabilitação, fica muito aquém das necessidades reais dos idosos. Na maioria das vezes, a reabilitação do paciente idoso é dependente de sua motivação, de alterações neurocomportamentais, inclusive de humor ou de memória preexistentes ao trauma, bem como das dificuldades psicológicas decorrentes especificamente do acidente. Assim, esses fatores podem contribuir para invalidez, imobilidade e interferência nas atividades diárias, necessitando, portanto, de atenção e cuidados especiais³³.

Em síntese, permanece para o SUS o desafio de oferecer uma atenção contínua e eficaz para a saúde e o bem-estar da população idosa que requer níveis de intervenção adequados às distintas fases da sua vida, com o desafio de diagnosticar e tratar os casos de violências e acidentes e o seu grau de incapacidades ou dependências. Em última instância, o país ainda está longe de prestar uma atenção integral, adequada, de qualidade, humanizada e oportuna a essa parte da população que vem aumentando a cada ano na sociedade contemporânea. Por sua vez, a população idosa, na sua maioria, ainda não sabe dos seus direitos e não exerce um poder de pressão para melhoria da assistência a sua saúde.

Conclusão

Existe uma deficiência estrutural e organizacional nos serviços de saúde na área hospitalar clínica no atendimento aos casos de acidentes e violências contra o idoso no Rio de Janeiro, em Recife, Brasília, Curitiba e Manaus.

Com base nas diretrizes das políticas estudadas, observa-se que nenhuma das capitais cumpriu todos os requisitos, apresentando deficiências quanto à estrutura e organização para manter um acompanhante para o idoso internado, encaminhamentos para serviços de referência, fluxo de atendimento, protocolos clínicos espe-

cíficos, fichas de notificação, suporte aos idosos, cuidadores, capacitação profissional e definição do fluxo para tal população.

A análise dos resultados demonstrou que os serviços de saúde que atendem os idosos não apresentam o perfil adequado e integral necessário ao atendimento dessa população, considerando as suas peculiaridades, demonstrando a necessidade de organização, reestruturação e ampliação da rede de assistência em saúde à pessoa idosa – vítima de acidentes e violência, em todos os níveis de atenção – além de profissionais e gestores mais sensibilizados, por se tratar de um grupo que requer maior atenção pela sua vulnerabilidade à exposição a acidentes e violência.

Colaboradores

MLC Lima, ER Souza, RML Acioli e ED Bezerra participaram igualmente de todas as etapas da elaboração do artigo.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências/Ministério da Saúde**. 3ª. ed. ampl. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2006. (Série E. Legislação de Saúde)
2. Organização Mundial da Saúde. **Manual de vigilância das lesões**. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo; 2004.
3. Silva TM, Nakatani AYK, Souza ACS, Lima MCS. A vulnerabilidade do idoso para as quedas: análise dos incidentes críticos. **Rev Eletr Enf** [Internet] 2007; 9(1):64-78.
4. Gawryszewski VP, Jorge MHPM, Koizumi MS. Mortes e internações por causas externas entre os idosos no Brasil: o desafio de integrar a saúde coletiva e atenção individual. **Rev Assoc Med Bras** 2004; 50(1):97-103.
5. Minayo MCS, Souza ER. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. **Cien Saude Colet** 1999; 4(1):7-32.
6. Gawryszewski VP, Mello Jorge MHP. Mortalidade violenta no município de São Paulo: um retrato dos últimos 40 anos. **Rev Bras Epidemiol** 2000; 3(1-3).
7. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2000** [site na Internet] [acessado 2009 jul]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>.
8. Marin L, Queiroz MS. A atualidade dos acidentes de trânsito na era da velocidade: uma visão geral. **Cad Saude Publica** 2000; 16:7-21.
9. Silva FSS, Oliveira SK, Moreno FM, Martins EAP. Trauma no idoso: casos atendidos por um sistema de atendimento de urgência em Londrina, 2005. **Com Ciências Saúde** 2008; 19(3):207-214.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n° GM/MS n. 737, de 16 de maio de 2001. Define a Política Nacional de Redução de Morbimortalidade/Acidentes. **Diário Oficial da União** 2001; 18 maio. Seção 1, p. 1-8.
11. Brasil. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. (Série E. Legislação de Saúde)
12. Lima CA, Souza ER, Minayo MCS, Deslandes, SF. Diagnóstico situacional da violência. In: Njaine K, Assis SG, Constantino P, organizadores. **Impactos da violência na saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007. p. 327-348. [Curso a Distância Impactos da Violência na Saúde].
13. Minayo MCS, Assis SG, Souza ER. **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.
14. Denzin NK. **The research act**. Chicago: Aldine, 1973.
15. Minayo MCS, Sanchez O. Quantitativo – qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cad Saude Publica** 1993; 9(3):239-262.
16. Minayo MCS, Cruz Neto O. Triangulación de métodos em la evaluación de programas y servicios de salud. In: Bronfman MN, Castro R, organizadores. **Salud, cambio social y política: perspectivas desde América Latina**. Ciudad de México: Edamex; 1999. p. 65-80.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n° 737, de 16 de maio de 2001. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência. **Diário Oficial da União** 2001; 18 maio. Seção 1e.
18. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria n° 1.863/GM, de 29 de setembro de 2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n° 2.072, de 30 de outubro de 2003. Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. **Diário Oficial da União** 2003; 6 out. Seção 1, p. 56.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n° 2.048, de 5 de novembro de 2002. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. **Diário Oficial da União** 2002; 12 nov. Seção 1, p. 32-54.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n° 1.101, de 12 de junho de 2002. **Diário Oficial da União** 2002; 13 jun. n. 112. Seção 1.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n° 2.528, de 18 de outubro de 2006. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. **Diário Oficial da União** 2006; 20 out.
23. Souza ER, Veiga JP. Ranking de mortalidade por homicídio, suicídio e acidente de transporte em municípios com mais de 100.000 habitantes. Rio de Janeiro: Claves/Ensp/Fiocruz; 2004.
24. Bardin L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70; 1979.
25. Minayo MCS. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8ª ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 2004.
26. Varela J. Los métodos de consenso en el sector sanitario. **Gaceta Sanitaria** 1991; 5:114-116.
27. Jones J, Hunter S. Consensus methods for medical and health services research. **British Medical Journal** 1995; 331:153-168.
28. Mathias TAF, Jorge MHPM, Andrade OG. Morbimortalidade por causas externas na população idosa residente em município da região sul do Brasil. **Rev Latino-am Enferm** 2006; 14(1):17-24.
29. Young L, Ahmad H. Trauma in the elderly: a new epidemic? **Aust NZ J Surg** 1999; 69:584-586.
30. McKeivitt EC, Calvert E, Ng A, Simons RK, Kirkpatrick AW, Applenton L, Brown DR. Geriatric trauma: resource use and patient outcomes. **Can J Surg** 2003; 46:211-215.
31. Minayo MCS. Violência contra idosos: relevância para um velho problema. **Cad Saude Publica** 2003; 19(3):783-791.
32. Santora TA, Schinco MA, Trooshin SZ. Management of trauma in the elderly patient. **Surgery Clinical North American** 1994; 74:163-186.
33. Souza RKT, Soares DFPP, Mathias TAF, Oséias GA, Santana RG. Idosos vítimas de acidentes de trânsito: aspectos epidemiológicos e impacto na sua vida cotidiana. **Acta Scientiarum Health Sciences** 2003; 25(1):19-25.

Artigo apresentado em 19/07/2009

Aprovado em 02/09/2009

Versão final apresentada em 14/10/2010